

Krankenpflegeförderverein Herrenberg e.V.
Marktplatz 5
71083 Herrenberg

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT IM KRANKENPFLEGEFÖRDERVEREIN HERRENBERG e.V.

Ich werde Mitglied im Krankenpflegeförderverein Herrenberg e.V. Die genannten Beträge sind Mindestbeiträge pro Jahr.

- Einzelmitglied 16,00 € Familienmitgliedschaft 25,00 €

Ich möchte einen höheren freiwilligen Beitrag von _____ Euro jährlich bezahlen.

Vorname: _____ Name: _____

Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ Telefon: _____

PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

Ort, Datum

Unterschrift(en)

SEPA-Lastschriftmandat

Krankenpflegeförderverein Herrenberg e. V., Marktplatz 5, 71083 Herrenberg
Gläubiger-Identifikationsnummer DE70 2220 0000 0340 17

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer (wird noch bekannt gegeben)

Ich ermächtige den Krankenpflegeförderverein Herrenberg e.V., Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenpflegeverein Herrenberg e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

--

Straße und Hausnummer

--

Postleitzahl und Ort

71083 Herrenberg

IBAN

D	E				
---	---	--	--	--	--

Ort

Datum

--	--

Unterschrift

--